



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Marco sobre el anti-racismo, la anti-opresión y la equidad:

los factores determinantes de la salud y las inequidades persistentes en los servicios prestados a los sobrevivientes de violencia en Canadá

Monica Riutort
Sandra Rupnarain
Leena Masoud

Como citar: RIUTORT, M.; RUPNARAIN, S.; MASOUD, L. Marco sobre el anti-racismo, la anti-opresión y la equidad: los factores determinantes de la salud y las inequidades persistentes en los servicios prestados a los sobrevivientes de violencia en Canadá. *In:* BRABO, T. S. A. M. (org.). **Democracia, Direitos Humanos e Educação**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2019. p. 101-124.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2019.978-85-7249-028-3.p101-124>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

MARCO SOBRE EL ANTI-RACISMO, LA ANTI-
OPRESIÓN Y LA EQUIDAD: LOS FACTORES
DETERMINANTES DE LA SALUD Y LAS INEQUIDADES
PERSISTENTES EN LOS SERVICIOS PRESTADOS A LOS
SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA EN CANADÁ

Monica Riutort
Sandra Rupnarain
Leena Masoud

ANTECEDENTES

El Instituto Peel sobre Prevención de la Violencia (PIVP) es una iniciativa de colaboración interdisciplinaria e intersectorial entre agencias en la Región de Peel, en la provincia de Ontario, Canadá, que trabaja para erradicar todas las formas de violencia.

Este texto foi originalmente publicado em: MASOUD, Leena. Framework on Anti-Racism, Anti-Oppression and Equity: Factoring the Determinants of Health on Services Deliver for Survivors of Violence in Canada: Persisting inequities in the organization of service of survivorsof violence in Canada. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, v. 3, n. 2, p. 25-42, jul./dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.33027/2447-780X.2017.v3.n2.03.p25>.

<https://doi.org/10.36311/2019.978-85-7249-028-3.p101-124>

OBJETIVOS DEL INSTITUTO

Los objetivos del instituto son participar en el análisis de políticas acerca de las respuestas actuales a la violencia y conducir investigaciones de acción académica y participativa sobre las mejores prácticas para el tratamiento y la prevención de la violencia. Además, el instituto mejora las capacidades de las agencias de base comunitaria mediante el desarrollo de herramientas de evaluación de programas para asegurar que los sobrevivientes de la violencia tengan acceso a servicios y a apoyos interdisciplinarios ininterrumpidos.

CÓMO LOGRAR LOS OBJETIVOS

Para alcanzar los objetivos, PIVP moviliza recursos y sectores regionales con experiencia en las áreas de formulación de políticas, programas y servicios, desarrollo e implementación, defensa comunitaria, y desarrollo y evaluación. Además, utiliza el desarrollo de recursos humanos, programas y servicios innovadores, desarrollo comunitario participativo, análisis de políticas y metodologías de evaluación con el objetivo de minimizar la disparidad entre los subgrupos de población, asegurando la justicia y el acceso a los servicios y programas, y reduciendo la violencia. La colaboración estrecha entre los proveedores de servicios e individuos que han vivido alguna experiencia de violencia es esencial, junto con el establecimiento de un liderazgo centrado en la prevención de esta.

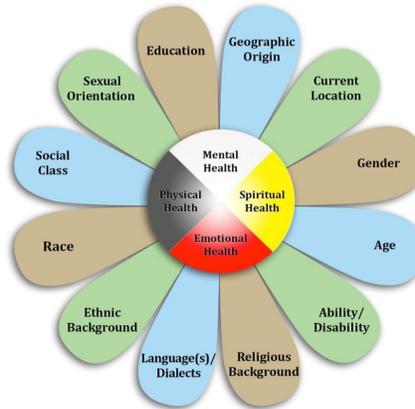
El instituto reconoce que las desigualdades están presentes en la vida cotidiana de las personas en la Región de Peel, y que las agencias de servicios sociales y de salud aún no han podido eliminar las inequidades observadas en las diferentes poblaciones de esta región. La diversidad es una característica prominente de la Región de Peel, que incluye las ciudades de Mississauga, Brampton y Caledon. Según el censo más reciente de 2011 proporcionado por el Centro de Datos de Peel (*Peel Data Center - PDC*), Peel tiene una población de 1.3 millones, la segunda más alta de Ontario, donde el 50% son inmigrantes y el 56.8% son minorías visibles (PDC, 2011). Los principales países de nacimiento de los inmigrantes son India, China, Pakistán y Filipinas; por ejemplo, el 52.5% de los inmigrantes recién

llegados a Brampton nacieron en la India, y los residentes de Mississauga tienen un promedio de 3.7 etnias (PDC, 2011). Asimismo, se hablan ocho idiomas diferentes, además del inglés y el francés, en las casas de Peel; punjabi es el idioma principal en Brampton, urdu en Mississauga, e italiano en Caledon (PDC, 2011). La diversidad observada en Peel requiere un enfoque multifacético para brindar servicios sociales y de salud, teniendo en cuenta las experiencias y necesidades únicas de cada individuo o grupo. En última instancia, dichos esfuerzos tienen como objetivo hacer de la Región de Peel una sociedad más justa y equitativa.

INTRODUCCIÓN A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL BIENESTAR.

Las condiciones de vida influyen enormemente en la salud individual y general de la población. Las condiciones de vida de las personas incluyen dónde nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2012). Estos factores sociales están moldeados por la distribución del dinero, los recursos y el poder a nivel local, nacional y global y, en última instancia, son los determinantes de la salud y el bienestar. Los determinantes sociales de la salud y el bienestar pueden clasificarse como distales, intermedios y proximales. Los distales se refieren a los factores históricos, sociales, políticos y económicos que afectan los resultados de salud, mientras que el término intermedio se refiere a las infraestructuras, sistemas, recursos y capacidades de la comunidad que afectan a los resultados de salud. Por último, los factores proximales son los más inmediatos para el individuo, como los comportamientos de salud y el entorno físico y social (READING; WIEN, 2009). Como se ve en la figura que se presenta a continuación, los determinantes sociales pueden afectar la salud en múltiples niveles: físico, mental, espiritual, emocional (READING; WIEN, 2009). La complejidad de estos determinantes sociales se refiere a que pueden crear problemas de salud que, si no se abordan, pueden conducir a mayores dificultades sociales.

Figura 1 - Determinantes sociales de la salud y el bienestar.



GÉNERO

El género se ha convertido en una base subyacente para la discriminación en muchas sociedades (OMS, 2010). Lamentablemente, las mujeres y las niñas han soportado la mayoría de los efectos negativos para la salud de los modos de masculinidad socialmente construidos, aunque los hombres y los niños también sufren consecuencias adversas para la salud (OMS, 2010).

En numerosas sociedades, las mujeres y las niñas tienen dificultades para acceder a los recursos y, por lo tanto, al poder y al prestigio social (OMS, 2010). Con demasiada frecuencia, también existen limitaciones para obtener educación, así como al acceso a empleos respetados y bien remunerados (OMS, 2010). En conjunto, estas limitaciones subrayan la desventaja social de las mujeres y su estatus social más bajo, lo que las expone a numerosos riesgos para la salud (OMS, 2010). Un estudio que utiliza análisis multivariados de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Población de Canadá muestra las diferencias de género en la salud, medido por la salud autoevaluada, la enfermedad crónica, la angustia y la salud funcional (DENTON et al., 2004). Los determinantes psicosociales y sociales de la salud estructural fueron en general más importantes para las mujeres, mientras que los determinantes conductuales de la salud

fueron más importantes para los hombres (DENTON et al., 2004). Las desigualdades en la salud basadas en el género resultan de diferentes ubicaciones sociales de hombres y mujeres, sus diferentes conductas de estilo de vida y su número y niveles variables de estrés crónico (DENTON et al., 2004). Resulta interesante que Denton et al. (2004) notaron que las diferencias significativas de género persistían incluso después de controlar las exposiciones estructurales, de comportamiento y psicosociales.

Cuando analizamos diferencias de género, debemos también estudiar nuevas definiciones tales como. transgéneros. Transgénero es una terminología utilizada para incluir a un grupo diverso de personas que tienen una identidad de género diferente de las principales expectativas sociales (BAUER et al., 2009). Trans incluye a personas que son de género queer, transexuales, transgénero y en transición (BAUER et al., 2009). Varios estudios de investigación y evaluación de necesidades revelan los desafíos diarios que enfrenta este grupo marginado en la sociedad. Algunos de estos desafíos incluyen la capacidad de acceder a servicios de atención médica apropiados, y servicios sociales, como por ejemplo, servicios para atender dicciones, refugios para personas sin hogar y servicios en caso de agresión sexual (BAUER et al., 2009). Además, a menudo enfrentan discriminación directa y hostigamiento en instituciones y entornos sociales (BAUER et al., 2009). Las personas LGBTIQ (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales y queer cuestionadas) son un grupo desatendido que ha aumentado sus necesidades de atención médica una vez que enfrentan mayores riesgos para su salud y bienestar en comparación con los jóvenes heterosexuales (DYSART, 2010).

RAZA

La raza se utiliza para referirse a grupos sociales que a menudo comparten una ascendencia y herencia cultural (OMS, 2010). El proceso de crear razas siendo diferentes, reales y desiguales, de manera que impacten la vida social, económica y política, se denomina racialización (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013). En el proceso de construcción de la raza, un

grupo se beneficia al dominar a otros grupos; Esto puede hacerse directa o indirectamente a través de diferentes tipos de racismo.

El racismo es una preocupación para la sociedad canadiense, ya que las diferencias entre las distintas razas son evidentes en el empleo, la educación y la vivienda. Por ejemplo, la encuesta de opinión pública representativa a nivel nacional de 2010 de 1,707 participantes mostró que el 38% de todos los encuestados y el 58% de los participantes entre las edades de 18 a 24 años fueron testigos de un episodio racista el año pasado (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013). Además, hubo 1,332 delitos de odio denunciados a la policía en 2011, de los cuales el 52% fueron motivados por etnia o raza, y algo más de la mitad ocurrió en Ontario (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013).

RACISMO

El racismo, un determinante social de la salud, es la causa principal de las desigualdades sanitarias entre las distintas razas, expresadas a través de múltiples vías (VISSANDJEE et al., 2001; LEVY; ANSARA; STOVER, 2013). Por ejemplo, el racismo causa estrés, incluido el estrés de la discriminación; este impacto psicológico inicia procesos biológicos y fisiológicos perjudiciales en los sistemas endocrino, inmunológico y cardiovascular (BOURASSA et al., 2004; LEVY; ANSARA; STOVER, 2013). Investigaciones más extensas en el Reino Unido y los Estados Unidos han continuado encontrando grupos racializados que tienen peores resultados de salud si son comparados con grupos no racializados en términos de tasas más altas de salud deficiente, mayor tasa de mortalidad infantil, y presión arterial más alta y diabetes (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013). Si bien la investigación canadiense es más limitada, continúa encontrando que las enfermedades crónicas como la presión arterial alta y la diabetes son más comunes en algunos grupos racializados (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013).

El análisis de los datos de la encuesta de salud de la comunidad canadiense (CANADA, 2013) revela los peores resultados de salud para algunos grupos racializados, como el sobrepeso o la obesidad para las

personas que se identificaron como negras, la presión arterial alta para las personas que se identificaron como negras, latinoamericanas y etnias múltiples. El grupo del este o del sudeste asiático tuvo un mejor resultado de salud que los grupos no racializados en el indicador de salud del sobrepeso y la obesidad. El análisis de datos de Canadian Community Health Survey (CCHS) y de la Neighborhood Effects on Health and Well-being no mostró diferencias entre los grupos racializados y no racializados en los síntomas depresivos de la salud autoevaluada y la salud mental autoevaluada (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013).

Además, el racismo limita las oportunidades socioeconómicas para los grupos racializados. En cada provincia de Canadá, los canadienses de color experimentan un mayor desempleo, tasas de subempleo y menores ingresos (GRAHAM, 2004). La fuerza laboral fue el área más común en la que las personas informaron haber sufrido discriminación racial en un análisis de la Agencia de Estadísticas en 2002, y las tensiones en el empleo pueden hacer que las víctimas del racismo empiecen a adoptar comportamientos poco saludables como mecanismo de supervivencia (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013).

COLONIALISMO: LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN CURSO

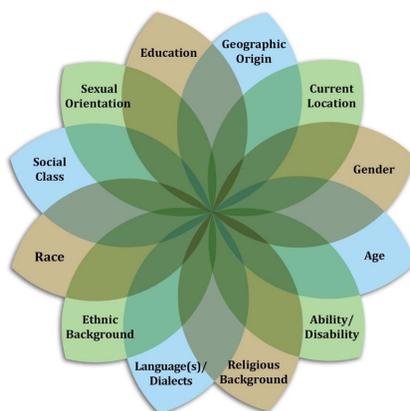
El colonialismo se define como la influencia o el control de una nación sobre un pueblo, territorio o país dependiente, y también se puede definir como la política o sistema que utiliza una nación para mantener o defender dicha influencia o control (CZYZEWSKI, 2011). El colonialismo da como resultado la exclusión social, y es el momento en que a ciertos grupos se les niega oportunidades completas e iguales para participar en la vida canadiense. Las personas que tienen más probabilidades de experimentar la exclusión social en Canadá son los aborígenes canadienses, los inmigrantes recientes, los canadienses de color, las mujeres y las personas con discapacidades físicas y mentales; varias áreas de la sociedad canadiense descuidan a estas poblaciones al limitar su acceso a los recursos económicos, sociales y culturales (MIKKONEN; RAPHAEL, 2010). Los canadienses que están excluidos socialmente tienen tasas de desempleo más altas o salarios más bajos, menos

acceso a servicios sociales y de salud, menos oportunidades educativas y menos influencia en la toma de decisiones políticas (MIKKONEN; RAPHAEL, 2010). En última instancia, la exclusión social puede desarrollar una sensación de desesperanza, impotencia y depresión, lo que reduce aún más las posibilidades de inclusión en la sociedad (MIKKONEN; RAPHAEL, 2010). Por otro lado, una red de seguridad social puede ser ventajosa para la salud; proporciona numerosos tipos de programas, beneficios y apoyo para proteger a las personas durante los cambios de la vida que afectan la salud (MIKKONEN; RAPHAEL, 2010).

INTERRELACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL BIENESTAR

Aunque la Figura 1 ha ayudado a arrojar luz sobre algunos determinantes sociales muy importantes de la salud, no logra captar la complejidad de las experiencias de vida causadas por las múltiples identidades sociales de los individuos, que interactúan, y las relaciones de poder. No identifica una lista completa de determinantes en un orden de clasificación, ni define cómo debe interpretarse y medirse cada determinante en una política y estudios de investigación (HANKIVSKY; CHRISTOFFERSEN, 2008). Como resultado, todavía falta una comprensión sana de las disparidades injustas en la salud y las desigualdades sociales.

Figura 2 - Interrelación de los determinantes sociales de la salud y el bienestar.



Este análisis de la relación entre los determinantes sociales y de la salud es muy general. Se necesita una comprensión de las múltiples identidades sociales que se entrelazan (por ejemplo, raza, género, estatus socioeconómico, violencia) que contribuyen a las discrepancias de salud para las poblaciones que han sido especialmente oprimidas históricamente, y una comprensión de cómo los sistemas de privilegio y opresión que resultan en racismo, sexismo y otras desigualdades se cruzan en el nivel macro-estructural y micro-estructural para mantener las disparidades (BOWLEG 2012; COLE 2009; VIRUELL-FUENTES et al., 2012).

Podemos decir que el estado general de salud y bienestar de un individuo no se puede determinar considerando solo un factor de la salud y el bienestar, sino que, para comprender completamente el estado de un individuo, los múltiples determinantes que impactan al individuo deben ser reconocidos, como se refleja en la Figura 2. La pregunta clave que tenemos que hacer sería: ¿Quién tiene poder y control sobre quién? En la sociedad canadiense, el poder de influir en las normas sociales ha residido en hombres blancos, heterosexuales y de clase media sanos; por lo tanto, los valores eurocéntricos o la cultura blanca han sido la norma impuesta con todos los otros grupos (HANKIVSKY; CHRISTOFFERSEN, 2008). La interrelación requiere mirar a los grupos históricamente oprimidos y marginados (minorías raciales, mujeres, personas de bajos ingresos y discapacidades) dentro de sus propios contextos, en lugar de preguntarse cuán lejos se han desviado de las normas de las personas de clase media-blanca (BOWLEG, 2012).

INTERRELACIÓN Y VIOLENCIA

Aunque en general se acepta que el abuso contra las mujeres ocurre en diferentes clases sociales, razas, regiones geográficas y sociedades diversas (GILL; THERIAULT, 2005; JEWKES, 2002; MICHALSKI, 2004), un análisis más detallado de la compleja relación entre la violencia y otros factores sociales muestra que algunas mujeres corren un mayor riesgo debido a opresiones sistémicas como el sexismo y el clasismo. En un esfuerzo por lograr una comunidad saludable para todos, es necesario abordar la prevención de la violencia, especialmente contra las

mujeres. Realizar una comprensión más profunda entre la violencia y los determinantes sociales de la salud y el bienestar es esencial para brindar servicios más equitativos que sean apropiados para las necesidades de cada individuo en nuestra comunidad.

INTERRELACIÓN ENTRE GÉNERO Y RAZA

El racismo y el género están interrelacionados de tal manera que una identidad, por si misma, no da cuenta de explicar los resultados desiguales sin una comprensión de la interrelación relativa una de la otra. Basado en otro estudio, pertenecer a una minoría étnica se mostró un mayor riesgo que las otras construcciones sociales de género e ingresos, y ser mujer se mostró un mayor factor de riesgo que el bajo ingreso (WAMALA et al., 2009). Ser de una minoría y mujer tenían un mayor impacto en la salud que en el nivel de ingresos.

El sexismo y el racismo también son factores influyentes en las oportunidades de empleo. Por ejemplo, en comparación con los hombres canadienses, las mujeres canadienses tienen menos probabilidades de ser empleadas y, en la edad de prejubilación de 55-64 años, sus ingresos son apenas un poco más de la mitad que el de los hombres (CANADA, 2005). Cuando la raza se entrelaza con el género, crea tasas aún más altas de desempleo entre las mujeres indígenas, afrocanadienses e inmigrantes. Las tasas de pobreza relativamente más altas de las mujeres son el resultado de sistemas estructurales inadecuados de la sociedad canadiense. El estrés crónico de la pobreza, combinado con el estrés cotidiano del racismo, el sexismo y los impactos del colonialismo tienen un grave impacto negativo en la salud física y mental.

INTERRELACIÓN ENTRE GÉNERO, RAZA Y VIOLENCIA

La desafortunada experiencia de la violencia doméstica se basa principalmente en el género y también en otros factores determinantes de la salud y el bienestar, como la situación socioeconómica. Para todos los países del mundo, la violencia es un importante problema de salud

pública (DAHLBERG; KRUG, 2002). Según el Informe mundial sobre la violencia y la salud (2002) de la Organización Mundial de la Salud, la violencia por parte de un compañero o esposo es la forma más común de violencia contra las mujeres; mientras que la violencia por parte de extraños o desconocidos es la forma más común de violencia entre los hombres. La violencia contra las mujeres incluye comportamientos como el acoso, el acoso sexual, los matrimonios forzados, la violencia doméstica, la violación, el tráfico y la mutilación genital femenina. Si bien las formas de violencia también pueden afectar a los hombres, las mujeres siguen siendo las principales víctimas de estos abusos, por lo que hacen del género un determinante clave de la violencia para la salud. Si bien no hay debate sobre las consecuencias negativas de la violencia en la salud general de las mujeres, existe controversia sobre el papel que juegan las desigualdades sociales en hacer que las mujeres sean más susceptibles a la violencia.

En Canadá, los miembros de grupos racializados parecen tener peores circunstancias que los miembros de grupos no racializados (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013). Si bien los datos muestran que los dos grupos tienen niveles de educación comparables, el análisis histórico de ingresos muestra un aumento de las desigualdades entre los dos grupos (LEVY; ANSARA; STOVER, 2013). Por lo tanto, la victimización se asocia más a las poblaciones que están social y económicamente aisladas, como es el caso de las personas de color que están representadas de manera desproporcionada en las comunidades socialmente desfavorecidas (RENNISON; PLANTY, 2003). La literatura actual también muestra la violencia de pareja o la violencia doméstica como una preocupación seria entre la comunidad aborigen y especialmente para las mujeres aborígenes (CAMPBELL, 2007; PALETA, 2008; WOOD; MAGEN, 2009). En Canadá, los aborígenes tienen tres veces más probabilidades de ser víctimas de violencia conyugal, lo que no sugiere que sea más inherente a su cultura, sino que más bien indica el estado de opresión y desfavorecimiento que padecen en Canadá (GILL; THERIAULT, 2005). La dominación masculina de las sociedades y el contexto histórico del colonialismo han contribuido a la opresión de las mujeres aborígenes (MOFFITT et al., 2013). La colonización introdujo la naturaleza patriarcal de la sociedad norteamericana entre las comunidades aborígenes, lo que eliminó a los aborígenes de su cultura

igualitaria establecida que ofrecía a hombres y mujeres el mismo poder en la economía. En la sociedad postcolonial, sin embargo, los hombres aborígenes tuvieron dificultades para imponer el patriarcado en medio de la desaceleración socioeconómica, ya que las mujeres se convirtieron en las principales asalariadas (MOFFITT et al., 2013).

La relación entre los determinantes sociales de la salud y la victimización de las mujeres es compleja. No hay un factor determinante de la salud que esté más relacionado con la violencia contra las mujeres, sino que múltiples factores determinantes de la salud están entrelazados para crear circunstancias que acaben en violencia doméstica. Por ejemplo, los impactos directos e indirectos en la salud de la violencia de pareja están mediados por factores como el estrés, el apoyo social y las agencias de cuidado personal (PLICHTA, 2004). Sin embargo, el género es un factor clave que no se puede ignorar para comprender el vínculo entre la violencia y los resultados de salud.

Para empezar, las intervenciones de los proveedores de servicios deben abordar la victimización desde una dirección causal o consecuente. Cuando una mujer accede al apoyo económico, es posible que también deba implementarse un sistema de derivación a una agencia de servicios sociales, ya que su declive en el estatus económico puede deberse a la victimización. Por otro lado, las agencias que atienden a mujeres de bajo estatus socioeconómico deben tener en cuenta la victimización como una posibilidad causal de su estatus y deben estar preparadas para proporcionar referencias a una agencia de servicios sociales (BYRNE et al., 1999). Por lo tanto, puede ser más beneficioso para una mujer recibir apoyo social y económico simultáneamente con la esperanza de prevenir la revictimización.

APLICACIÓN DE LA INTERRELACIONALIDAD A UN NUEVO MARCO DE EQUIDAD DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y EL BIENESTAR

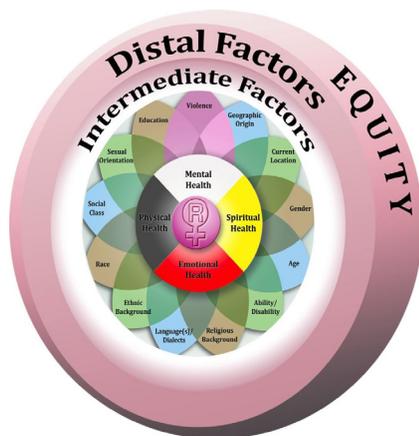
La desigualdad es simplemente la diferencia entre individuos o grupos de población, y puede no ser necesariamente injusta. Sin embargo, cuando estas diferencias entre individuos y grupos de población son evitables, hace que esas diferencias sean injustas. Esta desigualdad injusta se define como inequidad. Por ejemplo, las mujeres generalmente viven más

que los hombres, lo que probablemente se debe a las diferencias biológicas de sexo; por lo tanto, esto no es injusto. Sin embargo, en los casos en que las mujeres tienen la misma o menor esperanza de vida que los hombres, la inequidad persiste debido a que las condiciones sociales reducen la aparente ventaja natural de longevidad de las mujeres (OMS, 2007). Las desigualdades son percibidas a través de los determinantes sociales de la salud y el bienestar y son mantenidas mediante una distribución desigual de los recursos económicos y sociales, junto con el poder y el prestigio en las jerarquías sociales. Se debe hacer una distinción entre los factores sociales que influyen en la salud y el bienestar y la distribución de los determinantes sociales que se produce a través de los procesos sociales (BRYANT et al., 2011). Esta distinción es esencial porque incluso después de que se hayan hecho mejoras en la salud y en los determinantes de la salud, las disparidades sociales persisten (GRAHAM, 2004).

Por ejemplo, en los últimos treinta años se han visto grandes mejoras en los determinantes de la salud, como el descenso de las tasas de tabaquismo y el aumento del nivel de vida, y mejoras en la salud de las personas, como la esperanza de vida. Sin embargo, estas mejoras no han roto la asociación entre desventaja social y muerte prematura, ni el mayor vínculo entre la posición socioeconómica y la salud (GRAHAM, 2004). Se necesita un análisis más profundo para comprender las inequidades en salud observadas en las poblaciones, que no se reflejan en el modelo determinante de la salud representado en las figuras 1 y 2.

El siguiente Marco de Equidad de los Determinantes de la Salud y el Bienestar prioriza el género y la raza como determinantes clave de la salud que juntos juegan un papel central en las experiencias de la vida cotidiana de un individuo. El género y la raza a menudo no pueden ser ignorados en la intersección de otros determinantes sociales de la salud y el bienestar. Además, la interrelación de cualquier determinante proximal, intermedio y distal debería redundar en una salud óptima en todos sus aspectos: física, emocional, espiritual y mental. La interrelación de los determinantes sociales en este modelo indica una variedad de experiencias que pueden resultar de diferentes experiencias de la vida. Por lo tanto, todas las experiencias de vida son igualmente valiosas y deben abordarse por igual en la comunidad.

Figura 3 - Marco de equidad



Monica Riotor, Peul Institute on Violence Prevention, 2015
Adapted from: Integrated Life, Culture and Social Determinants Model of Abnormal Health, Charlotte Lippert 2009

Áreas para aplicar el marco

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD.

Las organizaciones de servicios sociales y de salud tienen la intención de eliminar las injusticias sociales en sus comunidades. Si bien la intención de las organizaciones es ser imparcial y brindar un servicio justo a todas las personas que buscan su asistencia, es importante tener en cuenta que tales organizaciones no existen en el vacío y son vulnerables a la adopción indirecta de sistemas de opresión que están presentes en la sociedad más amplia a la que pertenecen y sirven (COLLINS; BARNES, 2014). Si las organizaciones se estructuran internamente de acuerdo con sistemas de dominación como el racismo, el clasismo y el sexismo y adoptan las normas y valores de la cultura dominante en sus políticas y prácticas organizacionales, no pueden promover con éxito servicios que reflejen el empoderamiento, la diversidad y la justicia social sostenible. (PERKINS et al., 2007; COLLINS; BARNES, 2014). Como consecuencia de no observar sus desigualdades internas, Collins y Barnes (2014) afirman que la salud y el servicio humano pueden “alienar, silenciar y crear una necesidad continua de servicios en las comunidades marginadas (p.74).” Para que esto pueda prevenir, las organizaciones deben analizar detenidamente cómo permiten el acceso a los servicios, coordinar la atención y brindar

atención continua de acuerdo con los principios de equidad en todos los factores determinantes de la salud y el bienestar.

ACCESO

De acuerdo con la Red de Integración de Salud Local de Ontario (2014), la accesibilidad es “la capacidad, oportunidad y medios para abordar, consultar y utilizar los servicios y la estructura de una organización”. La equidad en el acceso implica que cada individuo en la comunidad tiene la capacidad, los medios y la oportunidad de obtener los servicios humanos y de salud necesarios, independientemente de su género, raza, origen étnico, condición socioeconómica, religión u otras estructuras o circunstancias socialmente creadas. Desafortunadamente, las barreras para acceder a la atención médica están llenas de prácticas opresivas que están incrustadas en opresiones sistémicas como el racismo, el sexismo y el clasismo; en conjunto, operan “dentro de sistemas de servicio público complejos, con sus redes inherentemente densamente conectadas” (MCGIBBON; MCPHERSON, 2011, 76).

Al limitar el acceso equitativo a los recursos en una población, la salud sufrirá inevitablemente en algunas poblaciones más que en otras (OMS, 2007). En todos los grupos sociales hay diferencias en los niveles de estrés, frustración, privación y acceso a los recursos para enfrentar las circunstancias negativas de la vida. Se argumenta que, si bien las personas con posiciones socioeconómicas más altas tienen acceso a más recursos para enfrentar mejor los factores estresantes de la vida, las personas de nivel socioeconómico más bajo carecen de dichos recursos, lo que hace que se vean más afectadas por los eventos negativos de la vida (WINERSJO et al., 2012). Dichas diferencias en el acceso a los recursos también pueden ayudar a explicar por qué las víctimas de violencia de bajo estatus socioeconómico reportan mayores probabilidades de mala salud que las de alto estatus socioeconómico (WINERSJO et al., 2012). Además, el racismo también restringe el acceso a la atención. Por ejemplo, los afrocanadienses y los canadienses aborígenes enfrentan barreras continuas en el acceso a

la atención que incluye la discriminación y el racismo (MCGIBBON; BASSETT 2008; FISH, 2007; KARLSEN; NAZROO, 2002).

Las intervenciones dirigidas a aumentar el acceso a los recursos materiales a grupos históricamente marginados son un esfuerzo requerido para abordar la opresión histórica y promover el bienestar de la comunidad. A pesar de este esfuerzo, las desigualdades han persistido debido al hecho de que los grupos e instituciones dominantes controlan cómo, cuándo y si los grupos marginados acceden a los recursos a través de los programas y políticas que reflejan sus valores y experiencias (COLLINS; BARNES, 2014). Esencialmente, se necesita una mirada cercana a los procesos de estos sistemas opresivos y cómo los determinantes de la salud y el bienestar operan dentro de ellos en lugar de solo mirar las consecuencias de los sistemas opresivos como la discriminación, las tasas de disparidad en la salud, etc. El primero nos ayudará a comprender mejor las desigualdades persistentes entre los diferentes grupos de una población.

CONTINUIDAD Y COORDINACIÓN DE ATENCIÓN Y SERVICIOS.

La continuidad de la atención y los servicios es la forma en que una persona experimenta una serie de cuidados / servicios durante un período de tiempo de manera vinculada y coherente; esto ocurre cuando se conectan elementos separados y distintos de atención / servicio, que se mantienen y respaldan a lo largo del tiempo (HAGGERTY et al., 2013). Sin embargo, la segmentación de la prestación de atención y la segmentación de la prestación de servicios ha aumentado rápidamente debido a los cambios en los tratamientos y especializaciones, lo que hace que las personas busquen atención de diversos tipos de proveedores en diversos tipos de entornos. Como resultado, un mayor interés en la continuidad de la atención / servicio se debe a preocupaciones consideradas en casos como el centrado en el cliente, la calidad de la atención / servicio en casos y afecciones crónicas o a largo plazo, y la fragmentación en la prestación de atención y servicios (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

Diferentes organizaciones han definido la continuidad de la atención / servicio en varias perspectivas; mientras que algunas definiciones

se concentran en la relación entre pacientes, médicos, clientes y proveedores de servicios a lo largo del tiempo, otras lo definen en términos de coordinación y coherencia entre diferentes entornos y diferentes miembros del personal (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006). La continuidad de la atención y el servicio se refiere esencialmente a la calidad de la atención, que se basa en la orientación al cliente. Para garantizar una continuidad satisfactoria de la atención y los servicios para todos los grupos de personas, la equidad es un valor importante que no se puede pasar por alto cuando se brinda la mejor calidad de atención posible. Las numerosas definiciones de continuidad de la atención revelan dos conceptos básicos: la continuidad de la atención como “relación de cuidado continuo” y la continuidad de la atención como un “servicio continuo” (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

La relación de cuidado continuo es donde el proveedor de servicios principal se enfoca en las necesidades de un cliente a quien él o ella pueden conocer bien y el enfoque es el cuidado interpersonal. Se centra en la calidad de la relación cliente-profesional. ¿En qué medida se concentran las consultas del cliente en manos de uno o de un pequeño número de profesionales? ¿Que Tan personal es el cuidado? ¿Se adapta a las necesidades individuales? ¿Hay alguna preocupación por la “persona en su conjunto”? ¿Se trata la enfermedad en el contexto de la vida del paciente?

La continuidad del aspecto de la atención se centra en la calidad del trabajo en equipo, el grado de comunicación, la coherencia y la coordinación entre diversos proveedores de servicios o especialistas; Aquí la continuidad interpersonal no es el enfoque principal (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006). En última instancia, la continuidad y la coordinación en la prestación de atención y servicios son valiosas si conducen a una mayor satisfacción del cliente y a resultados más equitativos en los determinantes de la salud y el bienestar.

CONCLUSIÓN

UN META CON UN ACERCAMIENTO PARTICULAR

La meta es incorporar prácticas anti opresivas y equitativas en las agencias de servicios sociales y de salud de Peel para eliminar las inequidades experimentadas por las diversas poblaciones de Peel. El objetivo se puede lograr reorganizando los servicios en Peel para que sean integrales y reflejen la diversidad de la población de esta región. El sistema actual de prestación de servicios sociales y de salud se centra en la persona canadiense promedio, blanco, y no tiene en cuenta la diversidad de experiencias de las personas de esta región.

Para lograr el objetivo, se alienta a las organizaciones sociales y de salud de Peel a hacer cuatro cosas. Primero, deben establecerse colectivamente sistemas estandarizados para recopilar datos y compartirlos; esto requerirá la recopilación de información sobre las mismas características demográficas y determinantes de la salud y el bienestar, la identificación de los mejores métodos para la recopilación de datos y el desarrollo de un procedimiento y ubicación para compartir datos y mantener la información más actualizada.

En segundo lugar, el diseño de los servicios debe reflejar la diversidad de experiencias en Peel y la diversidad demográfica revelada en los datos. Una comprensión completa de las experiencias únicas de las diversas poblaciones que vienen a buscar servicios es esencial para desarrollar los servicios más eficientes. La Figura 4 es una herramienta útil para comenzar a comprender la diversidad de experiencias en Peel. Esto comienza al desarrollar la comunicación con las poblaciones atendidas e identificando cuántos determinantes de la salud y el bienestar desempeñan simultáneamente un papel en el estado de su salud y bienestar. La comunicación debe comenzar con la población actual que recibe servicios con métodos tales como entrevistas personales, grupos de enfoque y encuestas.

Los métodos de comunicación deberían, en última instancia, ayudar a proporcionar la siguiente información: patrones de experiencias e identificación de quiénes tienen experiencias similares, capacidad para

identificar subpoblaciones según estas experiencias, determinar cuáles o cuántos determinantes de la salud y el bienestar se han relacionado para crear esa experiencia, e identificar los determinantes que tienen un impacto directo entre ellos o que tienen una relación cíclica. La comunicación con aquellos que buscan servicios debe ser un proceso continuo para identificar nuevas experiencias, para las cuales se puede proporcionar el conjunto de servicios más apropiado, junto con implementar la continuidad más adecuada para satisfacer la atención del cliente.

En tercer lugar, la capacitación del personal debe implicar cómo reconocer y gestionar la diversidad de experiencias. El personal debe estar capacitado para comprender el conjunto diverso de experiencias que los clientes pueden aportar en su organización, y cómo proporcionar el conjunto de servicios adecuados para cada uno.

Cuarto, los programas y servicios de evaluación de una organización son necesarios para determinar si se están satisfaciendo las necesidades de las diversas poblaciones y para garantizar que la Región de Peel esté trabajando para lograr una sociedad más equitativa.

REFERENCIAS

- BAUER, Greta R. *et al.* I Don't Think This is Theoretical; This is Our Lives: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, Philadelphia, v.20, n.5, p. 348– 361, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>.
- BOURASSA, Carrie; MCKAY-MCNABB, Kim; HAMPTON, Mary. Racism, Sexism, and Colonialism: the Impact on the Health of Aboriginal Women in Canada. *Canadian Woman Studies*, North York, v. 24, n.1, p. 23–30, 2004. Available from: <http://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/viewFile/6172/5360>. Access on: 19 May 2017.
- BOWLEG, Lisa. The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality: an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, Washington, v.102, n. 7, p. 1267–1273, 2012. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300750.
- BRYANT, Toba *et al.* Canada: A Land of Missed Opportunity for Addressing the Social Determinants of Health. *Health Policy*, Shannon, v.101, n. 1, p.44–58, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.022>.

- BYRNE, Christina A. *et al.* The Socio-Economic Impact of Interpersonal Violence on Women. *Journal of Consulting Clinic Psychology*, Washington, v.67, n. 3, p. 362–366, 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.362>.
- CAMPBELL, Kathryn M. What Was It That They Lost?: The Impact of Resource Development on Family Violence in a Northern Aboriginal Community Community. *Journal of Ethnicity in Criminal Justice*, Philadelphia, v.5, n.1, p.57-80, 2007. DOI: 10.1300/J222v05n01_04.
- CANADA. Canadian Centre For Justice Statistics. K. AuCoin (ed.). *Family Violence in Canada: A Statistical Profile*. 14 Jul. 2005. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/050714/dq050714a-eng.htm>. Access on: 23 June 2018.
- CANADA. Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey: Annual Component (CCHS)*. 2013. Available from: <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2sv.pl?function=getsurvey&csdds=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2#a4>. Access on: 23 June 2018.
- COLE, Elizabeth R. Intersectionality and Research in Psychology. *American Psychologist*, Washington, v.64, n. 3, p. 170–180, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0014564>.
- COLLINS, Leslie; BARNES, Sandra L. Observing Privilege: Examining Race, Class, and Gender In Health and Human Services. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, Portland, v.6, n.1, p. 61–83, 2014.
- CZYZEWSKI, Karina. Colonialism As a Broader Social Determinant of Health. *The International Indigenous Policy Journal*, London, v.2, n.1, 2011. Available from: <http://ir.lib.uwo.ca/iipj/vol2/iss1/5>. Access on: 18 May 2017.
- DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violence: A Global Public Health Problem. In: KRUG, E. G. *et al.* (ed.). *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002. p. 1–56.
- DENTON, Margaret; PRUS, Steven; WALTERS, Vivienne. Gender Differences In Health: A Canadian Study of the Psychosocial, Structural and Behavioural Determinants of Health. *Social Science & Medicine*, Oxford, v.58, p. 2585–2600, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.09.008.
- DYSART-GALE, Deborah. Social Justice and Social Determinants of Health: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, Intersexed, and Queer Youth In Canada. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Hoboken, v. 23, n.1, p. 23–28, 2010. DOI:10.1111/j.1744-6171.2009.00213.x.
- FISH, Julie. Getting Equal: The Implications of New Regulations to Prohibit Sexual Orientation Discrimination for Health and Social Care. *Diversity in Health and Social Care*, Oxford, v.4, n.3, p. 221–228, 2007.
- GILL, Carmen; THÉRIAULT, Luc. *Connecting Social Determinants of Health and Woman Abuse: A Discussion Paper*. 2nd Atlantic Summer Institute on Healthy and

Safe Communities. Finding Common Ground: Creating a Healthier and Safer Atlantic Canada. University of New Brunswick, Canada. Aug. 23-26, 2005.

GRAHAM, Hilary. Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, Hoboken, v.82, n.1, p. 101–124, 2004. DOI: 10.1111/j.0887–378X.2004.00303.x.

GULLIFORD, Martin; NAITHANI, Smriti; MORGAN, Myfanwy. What is ‘Continuity of Care’? *Journal of Health Services Research and Policy*, London, v.11, n.4, p. 248–250, 2006. DOI: 10.1258/135581906778476490.

HAGGERTY, Jeannie L. et al. Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 11, n. 3, p. 262–271, 2013. DOI: 10.1370/afm.1499.

HANKIVSKY, Olena; CHRISTOFFERSEN, Ashlee A. Intersectionality and the Determinants of Health: A Canadian Perspective. *Critical Public Health*, Abingdon, v. 18, n. 3, p. 271–283, 2008. DOI: 10.1080/09581590802294296.

JEWKES, Rachel. Intimate Partner Violence: Causes and Prevention. *Lancet*, London, v. 359, n. 9315, p. 1423–1429, 2002. DOI: 10.1016/S0140–6736(02)08357–5.

KARLSEN, Saffron; NAZROO, James Y. Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Group. *American Journal of Public Health*, Washington, v.92, n. 4, p. 624–631, 2002. DOI: 10.2105/AJPH.92.4.624.

LEVY, Jennifer; ANSARA, Donna; STOVER, Andi. *Racialization and Health Inequities In Toronto*. Toronto Public Health, Oct. 2013. Available from: <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-62904.pdf>. Access on: 18 May 2017.

MCGIBBON, Elizabeth; BASSETT, Raewyn . *Barriers in Access to Health Services for Rural Aboriginal and African Canadians: A Scoping Review*. Preliminary Report to Canadian Institute of Health Research, 2008.

MCGIBBON, Elizabeth; MCPHERSON, Charmaine. Applying Intersectionality and Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women’s Health. *Women’s Health and Urban Life*, Scarborough, v.10, n. 1, p. 59–86, 2011. Available from: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/27217/1/10.1_mcgibbon_mcperson.pdf. Access on: 23 June 2018.

MICHALSKI, Joseph H. Making Sociological Sense out of Trends in Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, London, v.10, n. 6, p. 652–675, 2004. DOI: 10.1177/1077801204265018.

MIKKONEN, Juha; RAPHAEL, Dennis. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2010.

MOFFITT, Pertice *et al.* Intimate Partner Violence in the Canadian Territorial North: Perspectives From a Literature Review and a Media Watch. *International Journal of Circumpolar Health*, Oulu, v. 72, n. 21209, p. 215–221, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21209>.

ONTARIO LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK. *Building Health Equity Capacity in the Mississauga Halton LHIN: Health Equity Glossary*. Mississauga Halton Health Equity Glossary, Sep. 2014. Available from: <http://www.mississaugahaltonlhin.on.ca/-/media/sites/mh/Primary%20Navigation/GoalsAchievement/Program%20Area%20and%20Initiatives/Health%20Equity/Health%20Equity%20Glossary.pdf?la=en>. Access on: 19 May 2017.

PALETA, Anna. *Understanding Family Violence and Sexual assault in the Territories, First Nations, Inuit and Metis peoples*. Ottawa: Department of Justice Canada, 2008. Available from: http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/aj-ja/rr08_1/rr08_1.pdf. Access on: 18 May 2018.

PEEL DATA CENTRE (PDC). *General Facts (2011 Census)*. 2011. Available from: <http://www.peelregion.ca/planning/pdc/data/2011-quickfacts.htm>. Access on: 23 June 2018.

PERKINS, Douglas D. *et al.* Community Organizational Learning: Case Studies Illustrating a Three-Dimensional Model of Levels and Order of Change. *Journal of Community Psychology*, Hoboken, v. 35, n. 3, p. 303–328, 2007. DOI: 10.1002/jcop.20150.

PLICHTA, Stacey B. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Journal of Interpersonal Violence*, Thousand Oaks, v.19, n. 11, p. 1296–1323, 2004. DOI: 10.1177/0886260504269685.

READING, Charlotte; Fred WIEN. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health, University of Northern British Columbia, 2009. Available from: http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health_inequalities_EN_web.pdf. Access on: 23 June 2018.

RENNISON, Callie; PLANTY, Mike. Nonlethal Intimate Partner Violence: Examining Race, Gender, and Income Patterns. *Violence and Victims*, New York, v.18, n. 4, p. 433–443, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/vivi.2003.18.4.433>.

VIRUELL-FUENTES, Edna A.; MIRANDA, Patricia Y.; ABDULRAHIM, Sawsan. More Than Culture: Structural Racism, Intersectionality Theory, and Immigrant Health. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 75, p. 2099–2106, 2012. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.037.

- VISSANDJÉE, Bilkis *et al.* Sex, Gender, Ethnicity, and Access to Health Care Services: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, Dordrecht, v.2, n. 1, p. 55–75, 2001. DOI: 10.1007/s12134-001-1019-7.
- WAMALA, Sarah; AHNQUIST, Johanna; MANSBOTTER, Anna. How Do Gender, Class and Ethnicity Interact to Determine Health Status? *Journal of Gender Studies*, Oxon, v.18, n. 2, p. 115–129, 2009. DOI: 10.1080/09589230902812430.
- WINERSJÖ, Rocio *et al.* Violence and Self-reported Health: Does Individual Socioeconomic Position Matter? *Journal of Injury and Violence Research*, Iran v.4, n. 2, p. 87–95, 2012. DOI: 10.5249/jivr.v4i2.122.
- WOOD, Darryl S.; MAGEN, Randy H. Intimate Partner Violence Against Athabaskan Women Residing In Interior Alaska: Results of a Victimization Survey. *Violence Against Women*, Thousand Oaks, v.15, n. 4, p. 497–507, 2009. DOI: 10.1177/1077801208331245.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva, 2010. (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2). Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>. Access on: 19 May 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health Inequality, Inequity, and Social Determinants of Health. *Population and Development Review*, New York, v. 33, n. 4, p. 839–843, 2007. DOI: 10.1111/j.1728-4457.2007.00200.x.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). What Are Social Determinants of Health? Geneva, 2012. Available from: http://www.who.int/social_Determinants/en/. Access on: 19 May 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Report on Violence and Health*. Geneva, 2002. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/. Access on: 19 May 2017.